Aus der „New Yorker Medicinischen Monatsschrift,“ Mai 1891.

Ueber das Ulcus septi nasi perforans.

Von

Dr. W. FREUDENTHAL,

New York.

Die Perforationen des Septum narium wurden gewöhnlich als ein diagnostisch für Syphilis ausschlaggebendes Syptom angesehen, und erst im letzten Decennium fing man sowohl von anatomischer als klinischer Seite an, auf Perforationen aufmerksam zu werden, die entschieden nicht-luetischen Ursprungs waren. Man glaubte namentlich das Trauma in aetiologischer Beziehung für manche Perforationen des Septum verantwortlich machen zu müssen. So sah FOULERTON*) (Chatham) Perforationen des Septum bei Cement-Arbeitern und erklärt dieselben auf folgende Weise: Der Cementstaub sammelt sich in den Nasenlöchern der Arbeiter an. Versuchen diese nun den Staub zu entfernen, so machen sie mit dem Fingernagel leicht Abschilferungen. Auf diese Weise entsteht eine Ulceration, aus der sich dann leicht eine Perforation herausbilden kann. Auch THRASHER (Cincinnati) spricht von Fällen, in denen eine Perforation des Septum durch Herumstöchern in der Nase mit dem Fingernagel hervorgebracht zu sein scheint.

Der Erste, der sich vom anatomischen Standpunkte aus mit dieser Frage befasste, war ZUCKERKANDL**). Er fand unter 150 Leichen, die er untersuchte, 8 Mal eine Perforation des Septum cartilaginosum von verschiedener Grösse und schliesst aus dem Aussehen und Verhalten dieser Perforationen, dass dieselben aus einem Ulcus entstanden seien.

Fast zu derselben Zeit veröffentlichte A. WEICHSELBAUM***) eine Arbeit, die auf 14 Fälle gestützt war. WEICHSELBAUM glaubt, dass dieser Prozess namentlich häufig bei Phthisikern vorkomme, da von seinen 14 Fällen mehrere an Tuberkulose litten, eine Ansicht, die in neuester Zeit von seinem Schüler HAJEK, auf dessen Arbeit wir noch später zurückkommen werden, zum Theil aus dem eigenthümlichen Leichenbefund erklärt wird.

VOLTOLINI war nun der erste Kliniker, der in seinem bekannten Lehrbuche der Krankheiten der Nase (Breslau 1888) dem perforirenden Geschwür der Nasenscheidewand, von dem er wohl eine verhältnissmässig grosse Anzahl von Fällen gesehen haben mag, ein eigenes Kapitel widmete. Doch scheint er sich über die eigentliche Ursache dieses Geschwürs selber nicht klar gewesen zu sein. Denn einmal sagte er, (l. c. pagina 126): „Zunächst muss ich hier eines lokalen Leidens erwähnen als U r s a c h e von habituellen und zuweilen gefährlichen Blutungen, wel-

*) A Perforation of the Septum nasi Occurring in Cement Workers. Lancet, Aug. 7th, 1889.

**) Anatomie der Nasenbildung etc. Wien, 1882.

***) Das perforirende Geschwür der Nasenscheidewand. Allg. Wiener Med. Zeitung 1882, pag. 363 ff.

ches noch wenig gekannt ist, und mir selbst noch Räthselhaftes darbietet, ich will es Ulcus septi nasi perforans nennen, und werde weiter unten noch spezieller dasselbe besprechen, hier es nur als Ursache von Blutungen erwähnen." Weiterhin sagt er dann aber (pag. 178): „Nach meiner Meinung haben wir es hier mit einem haemorrhagischen Geschwür zu thun .... das häufig aus dem Platzen eines Gefässes des Septum cartilag. nasi entsteht." Wir sehen also, dass er ein Mal die Blutungen, und das andere Mal das Geschwür als das Primäre hinstellt. Wir glauben jedoch nicht fehl zu gehen, wenn wir die Blutungen als die eigentliche Ursache des Geschwürs ansehen. Auf diese Weise lässt sich dann leicht der traumatische Ursprung dieses Geschwürs beweisen, eine Ansicht, der unter Anderen auch ROTHHOLZ*) huldigt.

Auch ROSSBACH**) glaubt gleichfalls, dass Blutungen und Bohren mit dem Finger u. s. w. ein Ulcus veranlassen können, und zwar natürlich immer an derselben praedilectirten Stelle, nämlich an dem mit Blutgefässen überaus reichlich versehenen vorderen Theile des Septum cartilaginosum. Zunächst wird die Schleimhaut ergriffen; dieselbe geht zu Grunde und zerfällt molecular. So wird der Knorpel freigelegt, zerfällt ebenfalls und die Perforation ist da. ROSSBACH spricht im Uebrigen seine Ansicht dahin aus, dass wir es hier mit einer lokalen Gefässerkrankung (Thrombose) zu thun haben.***) Sonst seien diese Patienten ganz gesund, höchstens etwas nervös oder hysterisch.

Auch Trophoneurosen wurden für die Entstehung des Ulcus septi perforans verantwortlich gemacht, und es war besonders ROSENFELD (Stuttgart), der diese Ansicht auf der Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte in Heidelberg vertheidigte, während KRAUSE, ARONSOHN und Andere das Trauma als wichtigstes Moment heranzogen.

Vor einigen Monaten erschien in Virchow's Archiv (Heft III, Band 120) von HAJEK eine ausführliche Arbeit über perforirende Geschwüre der Nasenscheidewand. HAJEK hat im Ganzen 33 Fälle gesammelt, die zum grössten Theile dem Leichenmateriale von WEICHSELBAUM entstammen, die aber auch den poliklinischen Fällen von SCHNITZLER entnommen sind. Er hat bei der Autopsie dieses Ulcus sehr häufig bei Individuen, die mit frischer oder inveterirter Tuberculose behaftet waren, gefunden, und glaubt die geringe Widerstandsfähigkeit Tuberkulöser als ein geeignetes Moment für die Entstehung der Geschwürsbildung heranziehen zu müssen. Doch macht HAJEK selbst auf die Häufigkeit der in jenem Hospital zur Section kommenden Phthisiker aufmerksam, so dass dieser Punkt wohl nicht als stichhaltig gelten kann. Von unseren drei später zu nennenden Fällen war keiner mit Phthisis behaftet.

Ferner hat HAJEK seine Fälle histologisch und bacteriologisch untersucht und hat gefunden, dass sich bei den Frühformen derselben eine

---

*) Deutsche medic. Wochenschrift No. 40. 1889.

**) Citirt nach der Allgem. Medic. Central-Zeitung No. 24. 1889.

***) Vergl. auch B. FRAENKEL: Tageblatt der Deutschen Naturforscherversammlung. Heidelberg, 1889, pag. 551, 552.

Pseudomembran bildet, die aus einer Nekrose des Epithels und der oberflächlichen Schleimhautschicht hervorgegangen ist. In derselben befanden sich eine Menge Bakterien, von welchen besonders der Staphylococcus pyogenes aureus und der Streptococcus pyogenes, deren Einwanderung eine Nekrose des Gewebes veranlassen soll, hervorzuheben sind. Wenn wir auch bekennen müssen, keine eigenen bakteriologischen Untersuchungen in dieser Richtung angestellt zu haben, so sind wir doch geneigt, uns der Ansicht DIETRICH's *) anzuschliessen, dass das Vorkommen derartiger Mikroorganismen eigentlich eine selbstverständliche Sache sei, da dieselben wohl in der Athemluft enthalten waren, und zufällig an der erkrankten Stelle leichter haften geblieben sind, als an gesunden. Vielleicht würde HAJEK auch in der Mundhöhle solche Microorganismen gefunden haben.

Nachdem wir den letzteren Artikel gelesen hatten, ist es uns durch einen Zufall geglückt, drei derartige Fälle von perforirendem Ulcus, die sich alle in verschiedenen Stadien der Entwickelung befanden, zu sehen. Es sei uns gestattet, des hohen Interesses halber, das dieselben beanspruchen, hier näher auf sie einzugehen.

Der erste Fall betraf ein Mädchen von 12 Jahren, das wegen Blutungen aus der Nase, die seit einigen Wochen bestanden hatten und noch immer fortdauerten, auf die laryngologische Abtheilung der Deutschen Poliklinik geschickt wurde. Bei der rhinoskopischen Untersuchung sah man auf der rechten Seite am vorderen Theile der Cartilago quadrangularis eine grauweisse Verfärbung der oberflächlichen Schleimhautschichte und zum Theile auch schon oberflächliche Ulceration. Die Umgebung des Geschwürs war stark geschwollen und injicirt. Das Geschwür befand sich also nach HAJEK im ersten Stadium. Weder Lues, noch Tuberkulose waren nachzuweisen. Ich behandelte das Geschwür mit Adstringentien, und es begann sehr schön zu verheilen, als Patientin nach der dritten Visite nicht wieder kam. Ich habe Grund anzunehmen, dass das Geschwür geheilt ist.

Der zweite Fall, den ich erst vor einigen Tagen in der Deutschen Poliklinik sah, betraf eine 60jährige Frau R. K., welche vor zwei bis drei Jahren an Verstopfung der Nase gelitten hatte. Sie wurde damals von einem Collegen behandelt, und ihr Zustand besserte sich. Jetzt sind dieselben Klagen vorhanden: Starke Verstopfung in der Nase, so dass sie Nachts nicht schlafen kann, Trockenheit im Munde u. s. w. Der objective Befund in der Nase ist nun ein solcher, wie man ihn wohl nur selten zu Gesicht bekommt. Ich erinnere mich nicht, ihn in der Literatur vorgefunden zu haben. An der linken Seite des Septum cartilaginosum an der bekannten Stelle sieht man eine ziemlich tiefe Delle, in die man etwa die Kuppe des kleinen Fingers hineinlegen kann. Die Delle ist mit einer sehr dünnen Schleimhaut ausgekleidet, und man sieht deutlich Narben. Die Umgebung erscheint normal, jedenfalls ist keine Atrophie der übrigen Schleimhaut des Septums zu constatiren. Es

*) Das Ulcus septum nasi perforans. Monatsschr. f. Ohrenheilkunde, etc., November 1890.

sind noch Hypertrophieen der Nasenmuscheln vorhanden, und andere Veränderungen, die uns hier weiter nicht interessiren. Die rechte Seite des Septum ist normal.

Die Frau gibt auf Befragen an, dass sie früher mit dem Finger oft in der Nase gebohrt hatte, namentlich, als sie zum ersten Male die starke Verstopfung in der Nase hatte. Wir glauben daher, dass sie sich durch diese Manipulationen selbst ein Ulcus erzeugt hatte, das nach Beseitigung der behinderten Nasenathmung, vielleicht in Folge der Behandlung zum Stillstand gekommen und ausgeheilt ist. Es ist dies also ein sehr seltener Fall, wo ein traumatisches Ulcus der knorpeligen Nasenscheidewand nicht zur Perforation geführt hat, sondern vorher durch Vernarbung ausgeheilt ist. Von Lues ist keine Spur vorhanden und von Tuberkulose auch nicht. Die Frau sieht blühend und gesund aus.

Der dritte Fall, den ich ziemlich lange beobachten konnte, war der eines 65jährigen Tischlers Henry L. Dieser Patient wurde von mir vor einigen Wochen der Deutschen Medicinischen Gesellschaft von New York vorgestellt. Derselbe hat eine lange Leidensgeschichte hinter sich. Vor 7 Jahren bekam er Schmerzen in der linken Supraorbital-Gegend, die bald sehr heftig wurden. Sie zogen sich nach der Nase zu, und an der ganzen linken Seite der Nase entlang nach unten und dehnten sich allmählich über die ganze linke Gesichtsseite aus. Der hauptsächlichste Schmerz war in der Gegend der Fossa canina und am Nasenflügel, sowie am Zahnfleisch des linken Oberkiefers. Es ist also klar, dass wir es hier mit einer Infraorbital-Neuralgie zu thun hatten.

Mit denselben Beschwerden kam Patient etwa vor zwei Jahren in die Deutsche Poliklinik. Er ist ein höchst nervöser und aufgeregter Mensch, der fortwährend mit dem Finger in oder an der Nase herumarbeitet und zwar in so komischer Weise, dass man beim Anblick desselben kaum ein Lächeln unterdrücken kann: „Es juckt und klopft und sticht in einem fort da drinnen herum,“ so dass er deswegen gar nicht schlafen kann. Auch seinem Berufe als Tischler konnte er aus diesem Grunde nicht nachgehen.

Ausser einer leichten Hypertrophie der linken unteren Muschel wurde nun nichts Abnormes in der Nase gefunden.

Die Muschel wurde kauterisirt, jedoch ohne den geringsten Erfolg, und Patient verschwand sehr bald aus meiner Behandlung. Vor einem Jahre kam er wieder zu mir mit genau denselben Erscheinungen, um wiederum nach kurzer Zeit aus meinem Gesichtskreise zu entschwinden. Anfang Januar dieses Jahres kam er zum dritten Male wieder, und ich war nicht wenig erstaunt, als ich bei der Untersuchung der Nase eine vollständig ausgebildete Perforation der knorpeligen Scheidewand vorfand. Dieselbe war oval und von links unten nach rechts oben gerichtet. Die Perforations-Oeffnung war auf der linken Seite grösser, als rechts. Die Schleimhaut an den Rändern äusserst dünn und glatt, keine Ulceration.

Ich fragte mich nun, woher diese Perforation entstanden sei und dachte natürlich auch an Syphilis, und wiewohl absolut keine andern

Symptome vorhanden waren, bekam Patient doch Jodkalium in grossen Dosen, ohne dass jedoch ein Resultat erzielt werden konnte. Auch eine Schmierkur führte zu demselben negativen Erfolge, und die Frage nach dem Ursprung dieser Perforation entstand zum zweiten Male. Tuberkulose war auch nicht vorhanden, und ich konnte nicht umhin, mich jetzt definitiv zu der Ansicht zu bekennen, dass wir es hier mit einem genuinen Ulcus septi nasi perforans zu thun hatten, eine Ansicht, die ich aber durch Ausschluss von Syphilis und Tuberkulose erst bekräftigen zu müssen glaubte.

Der Patient bohrte sich mit dem Finger in der Nase herum, wann immer ich ihn auch sah, und so entstand im Laufe eines Jahres — denn im vorigen Jahre war noch keine Spur davon vorhanden — ein Ulcus, und dann in der oben beschriebenen Weise eine Perforation, wie wir sie jetzt vor uns sehen. An dieser möchte ich noch als sehr charakteristisch hervorheben den eigenthümlichen ovalen Defect gerade im knorpeligen Theile der Nasenscheidewand, und gerade in der Richtung, wie er mit dem Finger bohrte; ferner die ganz erhebliche Verdünnung der Schleimhaut am Rande des Loches, und endlich den Mangel einer jeden pathologischen Veränderung in der Umgebung der Perforation.

Dass dieser Fall viel mehr, als die beiden vorher erwähnten ein ausgezeichnetes Beispiel für die traumatische Entstehung des Ulcus perforans bildet, wird wohl Niemand bezweifeln, der einmal beobachtet hat, in wie geradezu krankhafter Weise dieser Mann mit dem Finger in der Nase bohrt, um das beständige Jucken und Stechen los zu werden. Dem gegenüber fällt auch der eventuelle Einwurf, dass hier schon eine anderweitige Neurose (des Infraorbitalis) vorhanden ist, ganz und gar nicht in's Gewicht, und wir glauben, eine trophoneurotische Entstehung dieses Ulcus aus obigen Gründen entschieden ausschliessen zu müssen.

Wir sehen also, dass unter diesen drei Fällen zwei weibliche Individuen waren, und heben dieses Voltolini gegenüber hervor, der unter seinen scheinbar mannigfaltigen Beobachtungen nur ein Mal ein solches Ulcus bei einer Frau gesehen zu haben behauptet. — Dass diese Ulcera im Uebrigen nicht so zahlreich sind, wie Zuckerkandl glaubt, der, vielleicht zufällig, unter 150 Leichen acht Fälle von Ulcus perforans gesehen hat, beweist schon Hajek, der bei 2136 Leichen nur 33 Fälle = 1,40% gesammelt hat. Und auch das ist sehr viel im Vergleich zu dem, was am Lebenden wirklich beobachtet wird; denn von rhinologischer Seite sind die Berichte hierüber sehr spärlich, und die Rhinologen sollten doch solche Fälle zu allererst zu Gesicht bekommen.

Zum Schluss können wir nur noch die Worte Hajek's, mit denen auch wir übereinstimmen, citiren. Er sagt (loc. cit.): „Das perforirende Geschwür ist somit nach anatomischen und klinischen Beobachtungen eine wahrscheinlich häufig mit Blutungen in der Schleimhaut beginnende, sehr chronisch verlaufende progressive Nekrose der Schleimhaut und des Knorpels innerhalb der knorpeligen Nasenscheidewand, welche, ohne in der umliegenden Schleimhaut erhebliche Veränderungen hervorzurufen, zur Perforation der Scheidewand führt (*nur selten früher*

heilt), und nach der Perforation spontan zur Heilung gelangt. Als Resultat der Perforation bleibt ein kreisförmiger (zuweilen ovaler Hof) mit scharfen, glatten Rändern versehener Decfect übrig. Der Geschwürsprozess steht mit Syphilis in keinerlei Zusammenhang.“

1054 Lexington Ave.



